

WIC SUPPLEMENTAL FOOD PROGRAM PARTICIPANT SUSPENSION NOTICE

Date: _____

To _____ :

This shall serve as notice that _____ have/has been suspended from the WIC program effective _____ for a period of _____ month(s) for the following reason(s): _____
Month Day Year

Program benefits may be continued on or after _____. Your/your child's current certification period will expire on _____.
Month Day Year Month Day Year

For continuation of benefits, it will/will not be necessary for you to provide proof of your current address, family income, and recent medical information.

Please contact the WIC office at _____ if you wish to schedule an appointment.

WIC Staff Signature	Participant/Parent/Guardian Signature	OR mailed via Registered Mail on Month Day Year
---------------------	---------------------------------------	--

If you disagree with any decision made regarding your or your child's participation in the WIC Program, you may request a fair hearing by contacting the State of California, Department of Public Health, WIC Program, 3901 Lennane Drive, Sacramento, CA 95834.

The United States Department of Agriculture (USDA) prohibits discrimination in its programs on the basis of race, color, national origin, gender, religion, age, disability, political beliefs, sexual orientation, or marital or family status. (Not all prohibited bases apply to all programs.)

To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call toll free (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

PROGRAMA DE ALIMENTOS SUPLEMENTALES WIC AVISO DE SUSPENSION

Fecha: _____

A _____ :

Esta carta tiene por objeto avisarle que _____ ha/han sido suspendido(s) del programa WIC a partir de _____ pro un período de _____ mes(es) por la(s) siguiente(s) razón(es): _____
Mes Día Año

Los beneficios del programa pueden ser continuados a partir o después de _____ . El período de certificación actual para Ud./su niño(a) terminará en _____. Para continuar recibiendo los beneficios del programa será/no será necesario que Ud. suministre la verificación de su domicilio actual, los ingresos de su familia y reciente información médica.
Mes Día Año

Por favor póngase en contacto con la oficina de WIC en _____ si Ud. desea hacer una cita.

Firma del Empleado de WIC	Firma del Participante/Padres/Guardián	O Enviado por Correo Certificado Mes Día Año
---------------------------	--	---

Si Ud. no está de acuerdo con cual quier decisión hecha con respecto a su participación o la de su higo(a) en el Programa WIC, Ud. puede pedir una audiencia al Departamento de Salud Pública de California, Programa de WIC, 3901 Lennane Drive, Sacramento, CA 95834.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, siglas en inglés) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades a base de raza, color, origen nacional, género, religión, edad, impedimentos, credo político, orientación sexual, estado civil o familiar. (No todas las bases de prohibición aplican a todos los programas.)

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Personas con discapacidad auditiva o del habla pueden contactar con USDA por medio del Servicio Federal de Relevó (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.